Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 03.11.2014

Seite 6, Die Gegenwart

Hilfe im Sterben, Hilfe zum Sterben

Umfassende und geistesgegenwärtige Pflege, die Seelsorge und den achtsamen Umgang mit den spirituellen Bedürfnissen der Menschen einschließt, eine Erweiterung der Hospizarbeit, zureichende palliativmedizinische Ausbildung sowie die Erreichbarkeit palliativer Hilfe für jeden, der sie braucht: Das sind die vorrangigen Antworten, die unsere Gesellschaft auf die Sorge um menschenwürdige Bedingungen beim Sterben geben muss.

Von Prof. Dr. Wolfgang Huber

In der neu entbrannten Debatte über den ärztlichen Beistand bei der Selbsttötung schwingen zwei unterschiedliche Seiten im Nachdenken über Sterben und Tod mit. In der menschlichen Lebensgeschichte ist es nicht nur wichtig zu lernen, mit dem Schmerz umzugehen, den der Tod anderer Menschen, insbesondere naher Angehöriger, uns bereitet. Nötig ist es auch, den eigenen Tod zu antizipieren, also mit der eigenen Sterblichkeit umzugehen. Durch das Tötungsverbot wird uns die Pflicht auferlegt, das Leben anderer zu achten und, so weit es in unserer Macht steht, zu schützen. Die Erweiterung medizinischer Möglichkeiten konfrontiert uns aber auch mit der Frage, welche Pflichten wir gegenüber dem eigenen Leben haben.

Schon die frühe Christenheit hat in das Tötungsverbot auch den Angriff auf das eigene Leben einbezogen. Von nun an galt die Selbsttötung als moralisch verwerflich. Dass Menschen, die sich selbst das Leben genommen hatten, außerhalb des Kirchhofs verscharrt wurden, sollte abschreckend wirken. Das deutsche Wort „Selbstmord“ verdeutlichte die Abwehr dieser Handlungsweise überscharf. Dabei wurde vorausgesetzt, dass es sich um eine willensbestimmte und in diesem Sinn „freiverantwortliche“ Tat von verwerflichem Charakter handelte. Dass die Selbsttötung oft ein Ausdruck der Verzweiflung, der Wunsch danach in vielen Fällen ein Zeichen seelischer Krankheit ist, wurde dabei verkannt.

Ein Wandel im ethischen Urteil war überfällig. Wer Menschen begegnet ist, die in der Verzweiflung über ihre Lebenssituation den Tod herbeisehnen, aber mit dem Abklingen ihrer Depression auch wieder lernen, das Leben zu bejahen, weiß, dass der Todeswunsch Teil einer behandelbaren Erkrankung sein kann. Diese Erfahrung schränkt die Einsicht nicht ein, dass die Selbstbestimmung des Menschen auch seine Selbstbestimmung im Sterben einschließt. Aber sie schließt aus, dass man ein Recht auf Selbsttötung als allgemeine Norm feststellt; eine solche Norm kann es so wenig geben wie ein Recht auf Krankheit.

Menschen, die sich selbst das Leben nehmen wollen, wecken Mitgefühl und verdienen Beistand in der Krise, die in ihrem Suizidwunsch oder im Versuch der Selbsttötung zum Ausdruck kommt. Wir betrauern Menschen, die so aus dem Leben scheiden; in die Trauer mischt sich die Frage, was man selbst hätte tun können, um einen solchen Ausgang zu verhindern. Die Achtung vor dem Toten ist auch in einem solchen Fall ungeteilt. Doch die Tat selbst wird damit nicht gerechtfertigt. Die Gabe des Lebens wurde ausgeschlagen, wie tragisch oder verzweiflungsvoll die Gründe dafür auch immer waren. Das Gebot, nicht zu töten, schließt den Umgang mit dem eigenen Leben ein; erst recht schließt die Achtung vor dem Leben eines anderen zuallererst den Versuch ein, dieses Leben auch dann zu retten, wenn ein Mensch sich selbst das Leben nehmen will. Vor seinem Todeswunsch zurückzuweichen oder ihn gar darin zu unterstützen, kann nur ein äußerster Grenzfall sein. Es mag Situationen geben, in denen man sich aus Gewissensgründen dazu entschließt. Doch eine solche Gewissensentscheidung kann weder moralisch noch rechtlich zu einem Normalfall erklärt werden. Deshalb führt ein allgemeines Postulat der Suizidfreiheit oder eines Anspruchs auf Suizidassistenz in die falsche Richtung.

Zwar wird heute die Entscheidungsfreiheit des Menschen so weitgehend bejaht, dass sogar die Entscheidung zur Beendigung des eigenen Lebens einbezogen wird. Doch zugleich muss der Einsicht Rechnung getragen werden, dass eine Selbsttötung nie die isolierte Tat eines einzelnen Menschen ist. Sie ist eingebettet in das Geflecht seines Lebens. Auch soweit sie aus tiefer Einsamkeit heraus geschieht, sind auch an dieser Einsamkeit andere beteiligt. Wir Menschen sind Beziehungswesen; wenn wir von menschlicher Individualität sprechen, so ist damit gesagt, dass wir nicht nur zu anderen, sondern auch zu uns selbst in Beziehung treten können. Individualität meint also nicht: Beziehungslosigkeit.

Unter Berufung auf die Selbstbestimmung des Einzelnen wird in der neueren Diskussion ein Gleichgewicht von Leben und Tod, von Lebensentwürfen und „Sterbeentwürfen“ vorausgesetzt, das unseren religiösen und kulturellen Traditionen, aber auch den Prinzipien des ärztlichen Ethos fremd ist. Diese Traditionen und Prinzipien sind durch den Vorrang des Lebens vor dem Tod, durch den Schutz des Lebens vor unzeitigem Sterben und durch die Verantwortung des einzelnen nicht nur für das eigene, sondern auch für fremdes Leben geprägt. Der Schöpfungsgedanke der jüdischen und christlichen Glaubenstradition reflektiert die Erfahrung, dass die Welt, in der wir leben und die wir als sinnhaft erfahren, eine Schöpfergabe und bei aller Gestaltbarkeit mehr als ein Produkt menschlichen Handelns ist. Zum Schöpfungsgedanken gehört zugleich die Einsicht, dass wir unser eigenes Leben nicht selbst hervorbringen, sondern empfangen. Menschliches Leben ist nicht ein Projekt, sondern eine Gabe. An Anfang und Ende des Lebens wird das in besonderer Weise erfahrbar. Über Ort und Zeit seiner Geburt vermag niemand zu bestimmen; und unverfügbar ist in aller Regel auch der Tod. Zwar können Menschen ihr Leben im Bewusstsein ihrer Sterblichkeit führen; doch niemand kann mit letzter Gewissheit Ort und Zeit seines Todes festlegen. Auch denjenigen, der sich vornimmt, Zeit und Umstände des eigenen Sterbens selbst zu bestimmen, kann der Tod jäh und unerwartet treffen. Deshalb markiert die Endlichkeit des menschlichen Lebens auch die Grenzen menschlicher Selbstbestimmung. Das ist zu bedenken, wenn, manchmal leichthin, vom „selbstbestimmten Sterben“ die Rede ist.

Auch unter den pluralistischen Bedingungen der Gegenwart ist es nicht überflüssig, die Gründe für den starken Schutz des menschlichen Lebens in unserer Kultur wie in unserer Rechtsordnung im Bewusstsein zu halten. Schon in biblischen Texten wird der besondere Schutz, der menschlichem Leben zukommt, mit der Gottebenbildlichkeit des Menschen verknüpft. Die Schutzpflicht für das Leben des andern wird daraus begründet, dass Menschen in Beziehungen leben. In den zehn Geboten zeigt sich das an dem bemerkenswerten Tatbestand, dass das Tötungsverbot direkt auf das Gebot folgt, Vater und Mutter zu ehren. Über lange Zeit wurde dieses Gebot im Sinn einer kindlichen Gehorsamspflicht ausgelegt; dabei trat dessen ursprüngliche Bedeutung ganz in den Hintergrund. Denn es richtet sich gar nicht vorrangig an Kinder; schon deshalb kann sich sein Sinn nicht in der Pflicht der Kinder zur Ehrerbietung gegenüber ihren Erziehungsberechtigten erschöpfen. Seine Adressaten sind vielmehr vor allem Erwachsene, die das Leben ihrer alt gewordenen

Eltern wichtig nehmen sollen. Man soll ihnen die Pflege zuteil werden lassen, auf die man selbst im Alter hofft. Deshalb hat auch der Zusatz des Gebots – „auf dass du lange lebest in dem Lande, das dir der Herr, dein Gott geben wird“ – einen nachvollziehbaren praktischen Sinn. Das Tötungsverbot und das Elterngebot erläutern sich wechselseitig. Der Schutz des Lebens und der Beistand für gebrechliche und kranke Menschen gehören unmittelbar zusammen. Sie markieren eine bleibende Grundlage für eine allgemeine Moral der Achtung für das Leben. Selbstbestimmung schließt deshalb die Solidarität mit den Schwachen ein. Für sie ist die Gewissheit besonders wichtig, dass die Gemeinschaft ihr Lebensrecht ins Zentrum rückt und nicht die Erfüllung eines Todeswunschs zur Normalität erklärt.

Unsere moralische Tradition verbindet eine universalistische Gleichheitsemphase mit einer vorrangigen Aufmerksamkeit für die Schwächeren. Sie hält deshalb Selbstbestimmung und Solidarität zusammen. Diese Moral enthält den nötigen Spielraum für Gewissensentscheidungen im Einzelfall; doch die Antwort auf eine Gewissensfrage darf nicht die Prinzipien einer Moral der wechselseitigen Achtung und der Parteinahme für die Schwächeren außer Kraft setzen. Deshalb genügt es auch für eine gegenwartstaugliche Ethik nicht, sich allein auf den Gedanken der Selbstbestimmung zu kaprizieren. Man muss sie vielmehr mit der Solidarität zusammendenken, auf die Menschen angewiesen sind, denen zur Durchsetzung der eigenen Lebensinteressen die Kraft fehlt. Und für wen gilt das mehr als für Menschen, die sich, durch Alter oder Krankheit geschwächt, nach Hilfe, ja nach Erlösung sehnen? Sie brauchen die Gewissheit, dass ihr Leben genauso wichtig ist wie jedes andere Leben; daraus folgt allerdings, dass ein würdiges Sterben Teil des Respekts für ihr Leben ist. Dazu gehört auch der Raum, in dem die Hoffnung über die Grenzen des eigenen Lebens hinaus artikuliert werden kann: die Hoffnung darauf, mit der eigenen Endlichkeit in Gottes Unendlichkeit geborgen zu sein.

Umfassende und geistesgegenwärtige Pflege, die Seelsorge und den achtsamen Umgang mit den spirituellen Bedürfnissen der Menschen einschließt, eine Erweiterung der Hospizarbeit, zureichende palliativmedizinische Ausbildung der Medizinerinnen und Mediziner sowie die Erreichbarkeit palliativer Hilfe für jeden, der sie braucht: das sind die vorrangigen Antworten, die unsere Gesellschaft auf die Sorge um menschenwürdige Bedingungen beim Sterben geben muss. Diesen Themen sollten große parlamentarische Debatten mit Vorrang gewidmet werden.

Aus Glaubensüberzeugungen lassen sich keine unmittelbaren Forderungen an den staatlichen Gesetzgeber ableiten. Denn die Überzeugung, dass das Leben eine Gabe ist, die wir Menschen von Gott empfangen, um von ihr einen dankbaren und verantwortlichen Gebrauch zu machen, kann nur in innerer Freiheit angenommen werden. Die Solidarität mit den Schwächeren setzt sich zwar in Gerechtigkeitsforderungen um, geht in ihnen aber nicht auf. Die Rechtsordnung hat – vor allem durch die Gewährleistung der Glaubens-, Gewissens- und Religionsfreiheit – einen Rahmen zu schaffen, innerhalb dessen Menschen solchen Überzeugungen gemäß leben können. Doch sie können nicht kraft staatlicher Gesetzgebung für alle verpflichtend gemacht werden. Es ist vielmehr Sache der Glaubenden selbst, solche Überzeugungen im Bewusstsein zu halten und sie in Vorschläge für die Gestaltung des gemeinsamen Lebens zu übersetzen. Dann kann der Vorrang des Lebens vor dem Tod, der sich für Glaubende aus der Dankbarkeit für die Gabe des Lebens ergibt, auch in die Rechtsordnung Eingang finden. Ebenso kann auch die Parteinahme für die Schwächeren in der Ausgestaltung des Rechts Berücksichtigung finden. Denn beides entspricht einer wechselseitigen Achtung, in welcher der andere niemals bloß als ein Mittel zum Zweck gesehen, sondern in seiner unantastbaren Würde anerkannt wird.

In der Rechtsordnung der Bundesrepublik Deutschland liegt eine solche Übersetzung darin vor, dass gemeinsam mit dem Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit auch dem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit eine starke Stellung zuerkannt wird (Art. 2 des Grundgesetzes). Zwar kann man aus diesem Recht auf Leben nicht eine Pflicht des Einzelnen zum Leben, sehr wohl aber eine Pflicht der Rechtsgemeinschaft zum Schutz des Lebens ableiten. Aus der Einsicht, dass Menschen ihr Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit auch in der Absicht zur Beendigung ihres Lebens wahrnehmen können, folgt deshalb keineswegs eine generelle Aufweichung der staatlichen Pflicht, für Achtung und Schutz des Lebens Sorge zu tragen. Dies wäre vielmehr mit dem Respekt vor der gleichen Würde und Integrität jedes Menschen nicht vereinbar.

Aus keiner Art der Beeinträchtigung kann und darf eine Einschränkung des Lebensrechts abgeleitet werden. Ärzten und nahen Angehörigen wird von der Rechtsordnung deshalb sogar eine „Garantenstellung“ für das Leben eines anderen zugeschrieben; er soll sich darauf verlassen können, dass sie auf der Seite des Lebens stehen und dieses zu bewahren versuchen, so lange das als möglich

erscheint. Nur sein eigenes Veto kann und soll sie daran hindern. Deshalb verpflichtet das Berufsethos die Ärzte auf das „Heil“ des Kranken und untersagt ihnen Handlungen, die den Kranken schädigen. Die Rechtsordnung stellt den Angriff eines Menschen auf die eigene Integrität oder die Absage an sein eigenes Leben nicht unter Strafe. Aber sie ist im Verhältnis zu Leben und Tod nicht moralisch neutral. Die Vervielfältigung der Lebensentwürfe in einer Gesellschaft macht die Rechtsordnung im Blick auf grundlegende Wertentscheidungen nicht farbenblind.

In der neueren Diskussion über den ärztlich assistierten Suizid wird an diesen Grundlagen gerüttelt. Zunächst ging es um das strafrechtlich sanktionierte Verbot der gewerblich oder geschäftsmäßig organisierten Beihilfe zur Selbsttötung. In neuen Vorschlägen zur Debatte begegnen andere Akzente. Zwar beginnt der Gesetzesvorschlag der Professoren Borasio, Jox, Taupitz und Wiesing mit der Strafbarkeit der Beihilfe zur Selbsttötung. Doch wird diese Strafbarkeit sogleich für nahe Angehörige ausgeschlossen, um im Anschluss daran nicht nur die Strafbarkeit, sondern auch die Rechtswidrigkeit für das Handeln von Ärzten bei Erfüllung bestimmter Bedingungen zu verneinen. Hier wird zwar zunächst eine Strafnorm eingeführt; doch das maßgebliche Thema bilden die Ausnahmen von der Strafbarkeit beziehungsweise von der Rechtswidrigkeit. Deshalb ist es nachvollziehbar, wenn die Bundestagsabgeordneten Hintze, Lauterbach und Reimann das Thema aus dem Zusammenhang des Strafrechts herausnehmen wollen, um es im Umkreis der Bestimmungen über die Patientenverfügung im Bürgerlichen Gesetzbuch zu verankern. Das hat allerdings zur Folge, dass damit das Verbot der organisierten Suizidassistenz vollständig entfällt. Was allenfalls in Grenzfällen auf Grund einer Gewissensprüfung des Arztes in Frage kommen kann und immer den Charakter des Wagnisses behalten wird, soll nun bis ins Einzelne geregelt und rechtlich abgesichert werden. Das Denken in Kategorien der Sicherheit und der Versicherung soll sich auch dieser äußersten Grenzregion bemächtigen. Was allenfalls als Ausnahme auf Grund einer persönlich verantworteten Entscheidung in Frage kommen kann, soll den Charakter einer rechtlich geregelten Normalität annehmen.

Würde man einen solchen Weg einschlagen, so nähme man in Kauf, dass er früher oder später auch zu Ende gegangen wird. Der Schritt von der ärztlichen Assistenz beim Suizid zur ärztlichen Tötung auf Verlangen läge nahe. Auch wer es ablehnt, bioethische Debatten unter der Annahme des schlimmsten Falls zu führen, kann die Augen vor der schiefen Ebene nicht verschließen, die sich hier auftut.

Wenn einstweilen nur gefordert wird, die ärztliche Assistenz beim Suizid rechtlich zu regeln und nicht auch die Tötung auf Verlangen zuzulassen, so steht die deutsche Rechtslage im Hintergrund. Um die Tötung auf Verlangen zuzulassen, muss der Gesetzgeber einen Straftatbestand aufheben. Um die Assistenz des Arztes bei der Selbsttötung zu regeln, muss dagegen nur ein strafrechtlich nicht verbotenes Handeln legal ausgestaltet werden. Die Differenz zwischen diesen beiden Handlungsformen markiert die „Tatherrschaft“: Bei der assistierten Selbsttötung liegt sie beim Suizidanten, bei der ärztlichen Tötung auf Verlangen dagegen beim Arzt

Doch der Verweis auf diese scheinbar klare Grenzziehung kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass auf den ersten Schritt leicht der zweite folgen wird. Der Übergang ist schon deshalb gleitend, weil die öffentliche Meinung zwischen beiden Handlungsformen kaum unterscheidet; trotz aller Einsprüche gegen diese Nomenklatur fasst sie beides unter den Begriff der „aktiven Sterbehilfe“. Fragt man bei den Befürwortern der „aktiven Sterbehilfe“ genauer nach, so zeigt sich, dass sie es lieber hätten, wenn sie nicht selbst Hand an sich legen müssten. Viele würden die „Tatherrschaft“ gern dem Arzt überlassen.

Nicht nur aus diesem Grund führt die Debatte in den Kernbereich des ärztlichen Ethos. Das zeigt sich noch deutlicher an der Frage, woher denn die anhaltende Konzentration auf die „aktive Sterbehilfe“ zu erklären ist. Die Lage von Menschen, die von einer unheilbaren Krankheit geplagt sowie durch Schmerzen und andere Folgen der Krankheit gepeinigt sind, verlangt unser Mitgefühl. Wenn in ihnen der Wunsch aufsteigt, dass ihrem Leiden ein Ende bereitet wird, so ist diesem Wunsch mit Respekt zu begegnen. Doch nur in seltenen Fällen führen Krankheitsverläufe tatsächlich in eine solche Situation; noch seltener ist es, dass nur die assistierte Selbsttötung als Ausweg bleibt. In vielen Fällen besteht der angemessene Weg vielmehr in der Änderung des Therapieziels und im Übergang von einer Therapie, die nicht mehr heilen kann, zu palliativer Begleitung. Manche Patienten wählen intuitiv oder durch bewusste Entscheidung den Weg des Sterbefastens; wenn ärztliche Stimmen diese Entscheidung mit der Selbsttötung gleichsetzen, so ist die Absicht, dem ärztlich assistierten Suizid den Weg zu ebnen, leicht zu erkennen.

Dennoch geht die Fokussierung der öffentlichen Diskussion auf die „aktive Sterbehilfe“ an der Wirklichkeit des Sterbens vorbei. Der Palliativmediziner Gian Domenico Borasio schätzt, dass bis zu 90 Prozent der heutigen Sterbevorgänge, von

Hausärzten und gegebenenfalls Hospizhelfern begleitet, zu Hause stattfinden könnten. Ein Zehntel der Sterbenden ist auf spezialisierte palliativmedizinische, insbesondere schmerzlindernde Behandlung angewiesen, die aber auch in den meisten Fällen im häuslichen Umfeld stattfinden könnte. Nur in zwei Prozent der Fälle ist eine klinische Behandlung notwendig, die aber in der Sterbephase auch auf palliative Maßnahmen beschränkt sein müsste. Innerhalb dieses Bereichs sind die Fälle zu suchen, in denen das Krankheitsleid trotz schmerzlindernder Hilfe so unerträglich werden kann, dass Menschen dem Sterben durch die Selbsttötung zuvorkommen wollen.

Man könnte erwarten, dass die Zahl dieser Fälle dank der Fortschritte der Medizin geringer wird. Das ist jedoch nicht der Fall; denn mit der Weiterentwicklung therapeutischer Möglichkeiten wird auch die Grenze immer weiter hinausgeschoben, an der medizinisch der Übergang von der Therapie zur ausschließlich palliativen Schmerzlinderung vollzogen wird. Diese Grenze zu bestimmen, ist schwieriger geworden; auch der Wunsch von Kranken oder Angehörigen, dass alles medizinisch Denkbare zur Lebenserhaltung getan wird, kann die Bestimmung dieser Grenze erschweren. Doch die damit verbundene Unsicherheit löst bei Patienten zugleich die Angst aus, dass Therapien auch dann fortgesetzt werden, wenn eine Heilung gar nicht mehr erhofft werden kann. So kann es zu medizinischen Maßnahmen ohne eine entsprechende Indikation, zu „therapeutischem Übereifer“ *(acharnement thérapeutique)* kommen. Zu ihm trägt die Furcht vor dem Vorwurf bei, nicht genug versucht zu haben; aber auch das wirtschaftliche Interesse daran, aufwändige Therapien so lange wie möglich fortzusetzen, kann eine Rolle spielen. Gewiss ist angesichts der Fortschritte der Medizin die Grenze des medizinisch Notwendigen und Vertretbaren nicht leicht zu ziehen; doch im Bewusstsein dieser Schwierigkeit müssen Ärztinnen und Ärzte dazu ermutigt werden, dann, wenn nichts mehr geht, Menschen gehen zu lassen und ihrem Sterben Raum zu geben.

Papst Johannes Paul II. hat in seiner Enzyklika „Evangelium vitae“ von 1995 das Phänomen des „therapeutischen Übereifers“ ausdrücklich angesprochen und erklärt, dass der Verzicht auf „übereifrige“ Therapien von Akten der Sterbehilfe oder der Selbsttötung ethisch klar unterschieden werden muss. Doch man muss noch einen Schritt weiter gehen: Das ärztliche Handeln darf sich nicht länger von einem solchen Übereifer leiten lassen; denn Ärzte sind darauf verpflichtet, nur solche Maßnahmen vorzunehmen, die unter den Gesichtspunkten der Dringlichkeit und der

erwartbaren Wirkung medizinisch indiziert sind. Wenn niemand befürchten müsste, über das medizinisch indizierte Maß hinaus therapiert zu werden, würde auch die Angst zurückgehen, man könne in der Endphase seines Lebens nicht mehr Person, sondern nur noch Anhängsel therapeutischer Apparaturen sein. Wäre das gewährleistet, dann würde es auch um den assistierten Suizid wieder stiller.

Eine solche Akzentverschiebung ist überfällig. So lange sie unterbleibt, hat die Debatte um den assistierten Suizid eine Stellvertreterfunktion: Auf der Seite der Betroffenen steht sie stellvertretend für die Sorge vor therapeutischem Übereifer; auf der Seite des Medizinsystems drängt sie die eigentlich notwendige Debatte über Behandlungsverzicht und die Einstellung von Therapien in der Endphase von Erkrankungen sowie über die Bedeutung von palliativer Betreuung und angemessener Pflege in den Hintergrund. Erforderlich ist nicht eine rechtliche Klärung der Grenzsituationen, in denen Ärzte sich nach Prüfung ihres Gewissens dazu entschließen, dass ihr Beistand für einen Patienten in letzter Lebensnot nicht nur die Hilfe beim Sterben, sondern auch die Hilfe zum Sterben einschließt. Viel dringender ist die berufsethische und rechtliche Klärung der Normalsituationen, in denen es darum geht, das Sterben zuzulassen und Menschen im Sterben zu begleiten. Ebenso dringend ist eine politische und zivilgesellschaftliche Initiative zur Stärkung ganzheitlicher Pflege, zur weitergehenden Verankerung palliativmedizinischen Denkens und Handelns, zu derjenigen Empathie für leidende Menschen, die exemplarisch an der Hospizbewegung deutlich wird.

Gian Domenica Borasio hat die Verkehrung der Gewichte in der öffentlichen Debatte wie in den politischen Entscheidungsprozessen drastisch illustriert. Rein empirisch, so sagt er, ist die Frage, ob das Sterben von Menschen durch einen Wechsel des Therapieziels oder einen vom Patienten ausgesprochenen Behandlungsverzicht zugelassen wird, hundertmal wichtiger als die Beschäftigung mit dem Wunsch eines Patienten, seinem Leben durch einen assistierten Suizid ein Ende zu machen. Doch in der öffentlichen Debatte wird über die Frage des Sterbenlassens hundertmal weniger diskutiert als über die Beihilfe zur Selbsttötung. Er folgert: „Die Realität wird somit ... um den Faktor 10.000 (hundert mal hundert) verzerrt dargestellt.“ Über die etwas theatralisch wirkende Zahl mag man streiten; das mit ihr signalisierte Problem gehört ins Zentrum der Debatte.

Borasio räumt ein, dass in vielen Fällen dem Wunsch von Patienten nach einem Ende ihres leidvollen Lebens durch das Zulassen des Sterbens ausreichend

entsprochen werden kann. Folglich führt die isolierte Debatte über den assistierten Suizid in eine falsche Richtung. Stattdessen muss das ärztliche und pflegerische Handeln in der Endphase unheilbarer Krankheiten zum Thema werden. Denn hier liegen die wichtigsten Antworten auf die Besorgnisse, deretwegen viele Menschen nach den Möglichkeiten einer „aktiven Sterbehilfe“ fragen. Die Debatte über die fortschreitende Vermarktlichung unseres Gesundheitswesens kann dabei nicht umgangen werden; die letzte Lebensphase von Menschen darf nicht unter Gesichtspunkten ihrer Profitabilität betrachtet werden. Auf die Fürsorge für Menschen am Lebensende, die Linderung ihres Leids und die Achtung ihrer Selbstbestimmung kommt es an.